附件2：

会 议 回 执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 参会代表 | 职务 | 手机 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 到达航班或车次时间 |  |
| 请填写开会议费发票信息 |
| 名称 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 地址、电话 |  |
| 开户行 |  |
| 账号 |  |
| 发票形式（勾选） | □ 普票 | □ 专票 |

注：

1．住宿单间400元（含早餐）。

2.参会人员将回执于**10月16日前**发至山东院臧伊丽邮箱zangyili@sdepci.com，联系电话18853186400。